

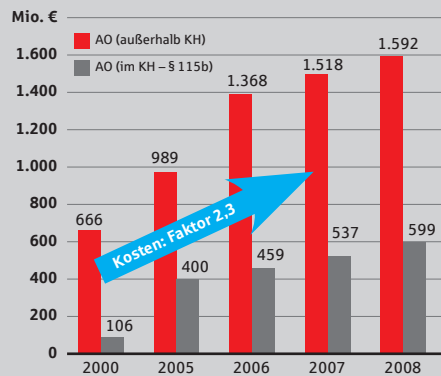


## Liebe Leserinnen und Leser, liebe Heilberufler,

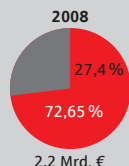
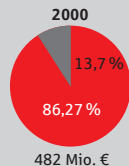
Hiermit erhalten Sie bereits die zweite Ausgabe unseres Newsletters, der Sie erneut über Branchentrends und fachspezifische Finanzthemen wie Existenzgründung, Investitionsentscheidung oder Praxisabgabe informiert. Möchten Sie darüber hinaus konkrete Unterstützung in Anspruch nehmen, stehen Ihnen die Experten unseres Kompetenz-Centers Heilberufe natürlich jederzeit gern zur Verfügung. Hier erwartet Sie gebündeltes Spezial-Know-how im Gesundheitswesen für eine individuelle, ganzheitliche Beratung. Lernen Sie uns kennen und freuen Sie sich auf ein Gespräch unter Experten. Genießen Sie das gute Gefühl, in den richtigen Händen zu sein. So wie Ihre Patienten es bei Ihnen tun.

Herzliche Grüße, Ihr Thorsten C. Werner, Leiter Kompetenz-Center Heilberufe

## GKV-Ausgaben für ambulante Operationen (in Mio. €)



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, REBMAN RESEARCH



Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 dürfen neben ermächtigten, niedergelassenen und belegärztlich tätigen Ärzten auch Krankenhäuser ambulante Operationen durchführen (nach § 115b SGB V). Wie das Kuchen-diagramm zeigt, hat sich infolgedessen der Anteil der Krankenhäuser an der Gesamtzahl der durchgeführten ambulanten Operationen allein seit der Jahrtausendwende von 13,7% auf 27,4% im Jahr 2008 verdoppelt. Das Gros der ambulanten Operationen wird aber weiterhin im niedergelassenen Bereich erbracht, wo sich dieser mittlerweile als wichtiger Umsatzträger vor allem bei vielen Fachärzten etabliert hat. Auffällig ist, dass sich seit dem Jahr 2000 die Zahl der Leistungsfälle auf heute 1,5 Mio. versechsfacht hat, während das Honorar lediglich um das 2,5fache auf heute 2,2 Mrd. Euro (ambulant und stationär) stieg.

## Maßnahmenpaket zur RLV-Stabilisierung

Der exorbitante Anstieg der „freien Leistungen“, wie etwa Akupunktur, hat in den letzten Quartalen dazu geführt, dass immer weniger Geld für die Basisversorgung zur Verfügung stand und die Fallwerte der Regelleistungsvolumen (RLV) stark zurückgingen. Nun hat der Bewertungsausschuss in einer Sitzung am 26. März 2010 reagiert und ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Stabilisierung der

Basisversorgung beschlossen. Die neuen Regelungen werden bereits zum 1. Juli 2010 umgesetzt. Damit unterliegen ab Juli fast alle Leistungen, die aus der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden, einer Mengengrenzung. Bis Anfang Juni müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Regelleistungsvolumen (RLV) für das dritte Quartal 2010 zuteilen. Dann greift auch die Reform in Form der Einführung der neuen qualifikationsgebundenen

Zusatzvolumen (QZV). Voraussetzung für die Zuteilung der QZV ist, dass der betreffende Arzt die entsprechenden Leistungen auch im Vorjahresquartal (zumindest einmal) erbracht hat und/oder die dafür nötigen Zusatzqualifikationen aufweist. Die einzelnen QZV (z. B. bei den Hausärzten bis zu 25) sind bei Unter-/Überschreitungen miteinander verrechenbar sowie mit einem nicht ausgeschöpften RLV kompensierbar. Die QZV sind aber nur ein Teil des Gesamtpakets zur Stabilisierung der Basisversorgung, wie die nachfolgende Übersicht zeigt.

- 1 Zuwachsbegrenzung für Fallzahl ab dem dritten Quartal 2010 zur Stabilisierung des RLV-Fallwertes
- 2 Einführung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) zur Mengensteuerung u. a. von Leistungen, die bislang unbegrenzt zu festen Preisen honoriert werden („freie Leistungen“)
- 3 Bildung arztgruppenspezifischer Verteilungsvolumen für RLV- und QZV-Leistungen, sodass Leistungsausweitungen nur noch zu Lasten der jeweiligen Fachgruppe gehen
- 4 Ein Honorarvolumen für die Praxis: RLV und QZV können miteinander verrechnet werden
- 5 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird dauerhaft in einen haus- und einen fachärztlichen Teil getrennt
- 6 Reduzierung der Vorwegabzüge auf das Wesentliche, um möglichst viel Geld für die RLV zur Verfügung zu haben
- 7 Mehr regionale Spielräume für die regionalen Partner der Gesamtverträge (Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen); sie können z. B. entscheiden, ob das QZV als Volumen je Arzt oder fallbezogen ermittelt wird
- 8 Konvergenzphase für regionale Sonderregelungen wird bis zum 31. Dezember 2011 verlängert
- 9 Anpassung des Bereinigungsverfahrens für Selektivverträge an die neue Honorarverteilung

Quelle: LA-MED 2009

Die Einführung der Budgetierung bei den bislang freien Leistungen wird von vielen Ärzten als Rückschritt in Form einer „Wiederaufstehung der alten Budgets“ empfunden. Kaum haben sich die Einkommensauswirkungen der letzten großen Honorarreform endlich manifestiert, ergeben sich infolge der Reform neue Unwägbarkeiten. Die Ver-

rechnungs- und Kompensationsmöglichkeiten werden künftig die Komplexität der vertragsärztlichen Abrechnung weiter erhöhen und die Leistungsplanung erschweren. Ferner ist damit zu rechnen, dass die QZV zu einer weiteren Einkommensumverteilung führen wird. Vertragsärzte, die keine oder kaum freie Leistungen erbracht haben, profitieren von der Stützung der RLV. Praxen, die sich in einigen wenigen bislang nicht budgetierten Leistungsbereichen spezialisiert haben, tragen grundsätzlich ein höheres Risiko als jene mit einem breit gefächerten Leistungsspektrum.

## Hausarztverträge bestechen durch hohe Patientenzufriedenheit

Eine aktuelle Befragung von 500 AOK-Versicherten zum Hausarztprogramm durch das Institut Prognos ergab, dass die Mehrheit der eingeschriebenen Versicherten deutliche Vorteile gegenüber der Regelversorgung empfindet. Diese betreffen insbesondere die rechtzeitige Überweisung an einen Facharzt (Zustimmung: 94,9%) und die schnellere Terminvergabe (Zustimmung: 68,4%). Über 48% der Befragten fühlen sich durch die Teilnahme am Hausarztprogramm „noch genauer behandelt“. Insbesondere bei den älteren Versicherten (65%) liegt die Motivation für die Teilnahme am Programm bei den im Vergleich zur Regelversorgung zusätzlichen Angeboten (z. B. Check-ups). Die verbindliche Abendsprechstunde wurde bereits von 29% der erwerbstätigen Versicherten in Anspruch genommen. Als wichtiges Kriterium der Zufriedenheit gilt auch die Weiterempfehlung: 93,8% der Befragten würden das Hausarztprogramm weiterempfehlen bzw. vielleicht weiterempfehlen. Lediglich 6,2% wären hierzu „nicht“ oder „eher nicht“ bereit. Hausarztverträge sind nach wie vor stark umstritten. Heftige Kritik übt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die in den Vollversorgungsverträgen eine Gefährdung des Kollektivvertragssystems sieht. Sie befürchtet eine massive Abhängigkeit der betreffenden Ärzte von den Krankenkassen und eine weitere Aufspaltung zwischen Haus- und Fachärzten. Der Hausärzteverband hingegen betont die Vorteile der Verträge in Form besserer Arbeitsbedingungen und eines verlässlicheren und transparenteren Honorarsystems. Nach Ansicht des Verbands sind die Vollversorgungsverträge aufgrund der verbesserten finanziellen Planungssicherheit ein wirksames Mittel im Kampf gegen den Hausärztemangel.

Bundesweit nehmen bereits rund 12.000 Ärzte und ca. 3,5 Mio. Versicherte an hausärztlichen Vollversorgungsverträgen teil. Langfristig ist ein Ausbau der Hausarztverträge unter Einbeziehung der fachärztlichen Versorgungsebene geplant. Baden-Württemberg hat hier mit dem kardiologischen Vollversorgungsvertrag und dem Vertrag mit den Gastroenterologen den Anfang gemacht. Eine weitere Ausschreibung läuft gegenwärtig im Bereich der Neurologie und Psychiatrie. Mit der Zunahme der Selektivverträge und der eingeschriebenen Versicherten wird sich künftig zeigen, ob die Effizienzvorteile dieser Versorgungsform tatsächlich langfristig bestehen und somit auch dauerhaft in Form einer verbesserten Honorierung an die leistungserbringenden Ärzte weitergegeben werden können.

### Investitionshilfen zur Steigerung niedriger Investitionsquoten

Obwohl die Gesundheitsbranche im Vergleich zu vielen anderen Branchen sehr gut durch die Krise gekommen ist, wird in vielen Teilbranchen weiterhin relativ wenig investiert, wie auch die in der nachfolgenden Tabelle aufbereiteten Investitionsquoten (in % vom Umsatz) zeigen. Im Krankenhausbereich soll der Investitionsstau mittlerweile bereits 30 Mrd. Euro betragen. Da fallen die nach Angaben der KBV rund 2,5 Mrd. Euro Investitionsstau in den deutschen Arztpraxen vergleichsweise bescheiden aus. Dabei ist aber zu beachten, dass dies einerseits aufgrund der starken Fragmentierung der ambulanten Versorgung eine schwer zu ermittelnde Größe ist und andererseits die Zahnarztpraxen in dieser Zahl noch gar nicht enthalten sind.

| Investitionsquoten im Gesundheitswesen | In % vom Umsatz |
|--|-----------------|
| Hausärzte                              | 0,9 %           |
| Fachärzte                              | 1,6 %           |
| Zahnärzte                              | 1,2 %           |
| Apotheken                              | 0,3 %           |
| Krankenhäuser                          | 4,0 %           |
| Pflegeheime                            | 2,1 %           |
| Pflegedienste (ambulant)               | 1,8 %           |

Quelle: Sparkassen-Finanzgruppe, REBMANN RESEARCH, 2008

Vor diesem Hintergrund haben die KBV und die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) zu Beginn des Jahres eine Kooperation zur Förderung der Investitionsfinanzierung für niedergelassene Ärzte beschlossen. Mittlerweile liegen die konkreten Kreditprogramme vor. Bei allen Programmen kann die Haspa selbstverständlich als Vermittler fungieren. Sie nimmt eine Risikobeurteilung vor und entscheidet über den Kreditantrag des Arztes. Bei Kreditabschluss trägt die Hausbank dann ausschließlich 10 % des Haftungsrisikos; 90 % übernimmt die KfW. Ein gesonderter Zinsaufschlag aufgrund der hohen Haftungsfreistellung wird nicht erhoben. Grundsätzlich ist die Kreditwürdigkeit der Mediziner im Rating auch nach den verschärften Basel-II-Vorschriften hoch.

### Folgende Programme stehen zur Verfügung

**KfW-Unternehmerkredit:** Dieser Kredit zielt auf Praxisinvestitionen bis zu einer Höhe von 10 Mio. Euro ab. Der risikogestaffelte Zinssatz bemisst sich nach der Bonität und beläuft sich gegenwärtig auf 2,6 bis 6,9 %.

**ERP-Kapital für Gründung:** Für die Gründung einer Praxis steht ein Kreditvolumen von maximal 500.000 Euro aus dem Sondervermögen des European Recovery Program (ERP) des Bundes zur Verfügung. An der Finanzierung beteiligen sich in den alten Bundesländern die Ärzte mit 15 % und die KfW mit 30 %. In den neuen Bundesländern betragen die Relationen jeweils 10 % und 40 %. Die ersten 7 Jahre des Nachrangdarlehens mit 15-jähriger Laufzeit sind tilgungsfrei.

**KfW-Kapital für Arbeit und Investitionen:** Dieses Darlehen besteht jeweils hälftig aus einem klassischen Darlehen (Fremdkapital) und einem eigenkapitalähnlichen Darlehen (Nachrangkapital) mit einer Laufzeit von 10 Jahren. Es kann dann in Anspruch genommen werden, wenn die Niederlassung mehr als 3 Jahre zurückliegt (Ausschlusskriterium für das ERP-Programm).

### Selektivverträge bei den Kinderärzten zahlen sich aus

Nach Angaben des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) wurden mittlerweile fast 40 Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen abgeschlossen. Eine Analyse des BVKJ zeigt, dass sich für die teilnehmenden Kinderärzte ein durchschnittliches Umsatzsteigerungspotenzial in Höhe von 20.000 Euro ergibt. Dieses resultiert vor allem aus den neuen Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2, die Bestandteil der meisten Selektivverträge sind. Gegenwärtig besteht das durchschnittliche zu versteuernde Einkommen eines Kinder- und Jugendarztes in Höhe von 120.684 Euro (2008) zu rund einem Drittel aus hausärztlichen Leistungen und Präventionsleistungen. Da die präventiven Leistungen in den Selektivverträgen regelmäßig besonders berücksichtigt und gefördert werden, rechnet der BVKJ mit einer weiteren Zunahme des entsprechenden ärztlichen Einkommens.

Mit der Einführung der Hausarztverträge fühlten sich viele Kinderärzte übergangen. Mittlerweile scheint sich ihr Engagement für fachgruppenspezifische Selektivverträge auszuzahlen. Bei der reinen Durchschnittsbetrachtung der kinderärztlichen Umsätze darf jedoch nicht vergessen werden, dass sich die entsprechenden Honorare u.a. sehr ungleich verteilen. Beispielsweise profitieren die Mediziner in Bayern von einem deutlich über 50 Euro liegenden Fallwert. Im Gegensatz dazu betragen die Fallwerte in anderen KV-Regionen zum Teil nur rund 40 Euro.

### Megatrend: virtuelle 3D-Welten in der Medizin

Das UKE in Hamburg arbeitet seit mehreren Jahren an der 3D-Visualisierung des menschlichen Körpers. In der Praxis werden diese Verfahren eingesetzt, um etwa komplizierte Eingriffe zu simulieren und die Ärzte zu schulen. So wurde etwa eine stereoskopische Simulation am 3D-Computermodell für die Mittelohrchirurgie geschaffen. Damit können angehende Fachärzte die hochkomplizierten Eingriffe zum Beispiel zur Entfernung von Tumoren oder chronischen Entzündungen beziehungsweise zum Einsatz von Hörimplantaten unter Anleitung üben. Auch anderswo kommt hierzulande virtuelle Realität zum Einsatz, etwa in Form eines

revolutionären Hirnatlas in 3D, der gegenwärtig am Institut für Neurowissenschaften und Medizin am Forschungszentrum in Jülich entwickelt wird. Die Karte soll Ärzten und Pharmaunternehmen über das Internet weltweit zugänglich gemacht werden. Bisher arbeitet die Medizin mit einem zweidimensionalen Modell von Korbinian Brodmann aus dem Jahre 1909. Sie ist auch in jedem Biologieschulbuch zu finden. Karl Zilles und Katrin Amunts vom Forschungszentrum Jülich arbeiten nun an einer Generalrevision dieser Informationen. Rund 50 bis 60 % der Großhirnrinde, also der äußeren Schicht des Großhirns, haben sie schon neu kartiert. Die Karte sollen Mediziner nutzen, um erkrankte Stellen im Gehirn präzise zu finden, und Pharmazeuten soll sie bei der Entwicklung von neuen Medikamenten gegen Hirnerkrankungen unterstützen. Ein Computerprogramm verknüpft die Daten aus Kernspintomograf und Mikroskop miteinander. Es reiht die Schnitte dreidimensional aneinander und rekonstruiert so Aufbau, Größe und Verteilung der Zellen im Gehirn, die so genannte Zytoarchitektur. Weitere Messdaten anderer Studien können hinzugefügt werden. Das Ergebnis ist ein virtuelles Gehirnmodell in 3D. Nur so lässt sich die gesamte „Netzwerkarbeit“ des Gehirns bildlich erfassen. Auch wenn jedes Gehirn weiterhin individuell zu betrachten ist, werden im Rahmen dieses Projekts doch wichtige Areale viel besser definiert. Die Karte soll in 5 Jahren fertig gestellt sein. Die vorläufigen Ergebnisse stehen Ärzten zum Download über die Website des Forschungszentrums frei zur Verfügung.



Hamburger Sparkasse  
Kompetenz-Center Heilberufe  
Adolphsplatz 3  
20457 Hamburg  
E-Mail heilberufe@haspa.de  
www.heilberufe.haspa.de